



**Nombre de alumnos: Selvi Joseline
López Gómez.**

**Nombre del profesor: LIC. Javier
Gómez**

Nombre del trabajo: Ensayo

**Materia: Prácticas clínicas de
enfermería II**

Grado: 7 Cuatrimestre.

Grupo: Único.

En este trabajo se hablara de las distintas técnicas que se utilizan para las aspiraciones de secreciones, así como también; los procedimientos que utilizamos para la intubación endotraqueal y los procedimientos relacionados con las vía venosa central y periférica.

Las aspiraciones de secreciones son: para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones. Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. Sus objetivos son; mantener la permeabilidad de las vías aéreas, favorecer la ventilación respiratoria, prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

Esta técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones. Pero además de tener la indicación y nuestros objetivos, también tenemos algunas contraindicaciones, estas son objeciones para realizar dicha técnica y son importantes para tener en cuenta.

En estas condiciones, se tomaran en cuenta las condiciones del paciente, como ya mencione y bajo criterio médico. Cuando haya trastornos hemorrágicos, como por ejemplo una leucemia. Edema o espasmos laríngeos, varices esofágicas, cirugías traqueales, cirugía gástrica o un infarto al miocardio.

Para la aspiración traqueal con cánula o de traqueotomía o tubo endotraqueal, la aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril. Se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal puede causar estrechamiento de las mismas, insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones. Para llevar a cabo este procedimiento es necesario realizar lo siguiente.

Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios. Si es el caso de que el paciente está conectado a un monitor, se debe vigilar constantemente la frecuencia cardiaca y presión arterial, así como valorar los resultados de gases arteriales. Recalco nuevamente que es importante valorar las

condiciones del paciente, ya que la aspiración debe suspender para administrar oxígeno a través de la respiración asistida manual. Debemos explicar a nuestros pacientes el procedimiento que se les va a realizar, cuidando ajustar el equipo para aspiración de la siguiente manera.

	Fijos	Portátiles
Adultos	80 a 120 mmHg	10 a 15 mmHg
Niños	95 a 110 mmHg	5 a 10 mmHg
Neonatos	50 a 95 mmHg	2 a 5 mmHg

Ejercer presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer el tejido.

Se debe corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno, así como colocar al paciente en posición de semi-Fowler. Hay que tener cuidado con nuestra higiene, así que hay

que lavarnos las manos, del mismo modo que al utilizar los materiales correspondientes, realicemos la asepsia. Hay que colocarnos cubre bocas, gafas protectoras, también realizar 5 respiraciones profundas o bien conectarlos al oxígeno.

Dentro de este procedimiento vamos a encontrar los tipos de respiradores: primero encontramos a los respiradores volumétricos ciclados por volumen de tiempo. En este se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado, el pulmón es la variable independiente. Para los respiradores manométricos ciclados por presión, se programa la presión y la insuflación termina cuando se alcanza el valor que esta prefijado, la presión es variable eh independiente.

También están las fases del ciclo de un respirador. La insuflación; es cuando el respirador funciona con la presión de un volumen de gas y moviliza insuflando el pulmón a expensas de presión. Meseta; el gas introducido en el pulmón es mantenido en este, para que se homogenice la distribución por los alvéolos. Y por último tenemos la espiración o deflación; que es la retracción elástica del pulmón insuflado, es un fenómeno pasivo para el vaciado del pulmón.

Por ultimo tenemos los procedimientos de ventilación mecánica invasiva y no invasiva. La ventilación mecánica invasiva es un procedimiento de respiración

artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria, uniendo las vías aéreas del paciente a un respirador, mediante la creación de una vía aérea artificial por intubación **endotraqueal** (boca y nariz) sus objetivos son mantener el intercambio gaseoso, reducir el trabajo respiratorio.

Por otro lado tenemos los procedimientos relacionados con la vía venosa central y periférica. Iniciando con el acceso venoso central; que es una técnica estéril que realizamos con enfermeros si el acceso es por vía aérea, pero si es por acceso central, lo realiza el médico. Dentro de este apartado existe acceso venoso, que son un tanto más usuales que otros, como venas ante cubitales: que son vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones que presentan, como por la comodidad que suponen para el enfermo. La vena subclavia, esta permite al paciente una mayor libertad de movimiento. Vena yugular interna, con esta hay menor riesgo de neumotórax y posible mejor control de una eventual hemorragia.

Para realizar todo lo anterior es importante contar y verificar que contamos con el material necesario, además de preparar a nuestro paciente y estar preparados nosotros como personal. Recalco el mantenimiento del CVC; donde tenemos que vigilar los signos y síntomas de infección en cada cura. La frecuencia de la cura: cada 72 horas y siempre que el apósito éste manchado, despegado o mojado y mantener un orden lo más estricto posible en las luces siguiendo pautas.

BIBLIOGRAFIA.

- Robbins(1999)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España.

- Robbins(1995)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España.

- Marco Tulio Mérida (2001) Patología General y Bucal. Edit Universidad de Carabobo.
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sistema_inmunitario.pdf
- o Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Acute and chronic inflammation. In: Saunders (Elsevier). Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease. 8th. ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 58-31.
- o Cook JM, Deem TL. Active participation of
- endothelial cells in inflammation. J Leukoc Biol. 2005 ; 77 (4): 487-95.